DE LA

N° 81

PNEUMONIE DES VIEILLARDS

RECHERCHES THERMOMÉTRIQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

le 26 décembre 1884

PAR

Emile DERMONT

Né à Rignac (Aveyron)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1884

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534908_0089

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT ✻ ✠.... Doyen
COMBAL ✻ ✠..... } Assesseurs
GRASSET..... ....}

Professeurs.

	Messieurs :
Pathologie externe.	BOYER ✻.
Accouchements.	DUMAS ✻.
Clinique médicale.	DUPRÉ ✻ C ✠.
Anatomie.	BENOIT ✻ ✠
Clinique médicale.	COMBAL ✻ ✠.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	CAVALIER ✻.
Physique médicale.	MOITESSIER ✻.
Anatomie patholog. et histologie.	ESTOR
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL ✻.
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médic.	GRASSET.
Botanique et Histoire Natur. méd.	PLANCHON ✻ ✠.
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale. id.	SERRE.
Opérations et appareils. id.	CHALOT.

MARTINS (O. ✻) COURTY ✻. Profes. honor.

Chargés de Cours :

Clinique des maladies des enfants. MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan. GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards. HAMELIN, agrégé.

Agrégés

Messieurs :	Messieurs
JACQUEMET.	MOSSÉ.
GRYNFELTT.	REGIMBEAU ✻.
DE GIRARD.	TÉDENAT.
SERRE.	DUMAS fils.
ROUSTAN.	BLAISE.
CARRIEU.	BAUMEL.
MAIRET.	VILLE.
CHALOT.	GRANEL.
BIMAR.	

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire,

Examinateurs de la Thèse :

MM. DUPRÉ, *président ;*
CASTAN, professeur;
ROUSTAN, agrégé.
REGIMBEAU, agrégé;

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Te ressembler est ma seule ambition.

A MA MÈRE

Faible témoignage d'affection et de reconnaissance.

A MON FRÈRE

Soyons toujours unis.

A mon Oncle Hippolyte DERMONT

Merci de vos bons conseils

E. DERMONT

A MES PARENTS

E. DERMONT

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur DUPRÉ

Sénateur
Président du Conseil général des Hautes-Pyrénées

A Monsieur le Professeur-Agrégé **HAMELIN**
Médecin en chef de l'Hôpital-Général

E. DERMONT.

A MES AMIS

E. DERMONT

INTRODUCTION

Pendant nos études, nous avons eu l'occasion de voir fréquemment des pneumonies des vieillards. Quelques cas observés à l'Hôpital-Général dans le service de M. le Professeur-Agrégé Hamelin, nous ont surtout frappé par certains caractères tout spéciaux. C'était le défaut de réaction qui dominait. Peu ou point de frisson; les malades étaient dès le premier jour dans une stupeur profonde. Nos excitations les réveillaient à peine. La température, et ceci a été très frappant, n'atteignait pas le degré thermique élevé que l'on observe ordinairement chez l'adulte. L'état fébrile a été pris non dans les parties périphériques du corps, mais dans les profondeurs de l'économie. C'est la température rectale qui a servi à installer les courbes que nous insérons dans notre travail.

Cet état d'adynamie profonde persistait jusqu'à la mort, ou n'était modifié que par un traitement stimulant, énergique. Toutes ces particularités, caractérisant d'une manière si nette la pneumonie des vieillards, nous ont paru d'un intérêt réel. Aussi avons-nous jugé bon de prendre ces faits, d'en déduire les principaux enseignements cliniques, et de les consigner dans un travail qui sera notre thèse inaugurale.

Nous ne savons si, malgré nos efforts, nous aurons eu le bonheur de faire quelque chose de réellement utile, notre tâche est en effet difficile, aussi sollicitons-nous de nos Juges toute leur indulgence.

Nous remercions ici publiquement M. le Professeur-Agrégé Hamelin des observations et des conseils qu'il a bien voulu nous donner.

Dans un premier chapitre, nous exposerons l'historique de la pneumonie des vieillards ; le second sera consacré à l'anatomie pathologique ; enfin, dans un troisième, nous passerons en revue la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement de cette maladie, en insistant principalement sur les points que nous avons à cœur de mettre en lumière. Nos observations et nos conclusions formeront un quatrième et dernier chapitre.

DE LA PNEUMONIE CHEZ LES VIEILLARDS

HISTORIQUE.

La connaissance précise et exacte des maladies de l'appareil broncho-pulmonaire est de date toute récente. L'histoire clinique et surtout anatomo-pathologique de la pneumonie en général, appartient sans contestation possible à notre époque. Ce n'est pas que dans les siècles précédents on n'eût entrevu et décrit ces lésions. Hippocrate lui-même fait mention, dans ses livres, de ce qu'il appelle la péri-pneumonie, état qu'il a très souvent observé ; et ces traditions se conservent chez ses successeurs et à travers les diverses écoles jusqu'à la fin du 18e siècle. Mais ce sont là des notions indécises où règne une confusion malheureuse. Une foule de maladies des organes thoraciques sont décrites et comprises sous la même étiquette ; ignorance déplorable qui devait aboutir à de bien fausses indications!

Ces erreurs furent partagées par des cliniciens du plus haut mérite. Rivière, Boerhaave, Sydenham, Van Swieten, Sauvage, Morgagni, Baglivi, Lieutaud, Portal lui-même, presque notre contemporain, nous ont laissé dans leurs

écrits la description d'inflammations bâtardes où la pleurésie se trouve confondue avec la pneumonie.

Il était réservé à Laennec de changer cette manière de voir et de mettre de l'ordre dans ce chaos. En dotant la médecine d'une nonvelle méthode d'investigation clinique, il permit aux praticiens de connaître et de distinguer très nettement les unes des autres les diverses lésions thoraciques.

Du coup, la pneumonie était créée. Dès ce moment, on se met à l'œuvre, les travaux se multiplient, nos connaissances se complètent, et ne tardent pas à arriver au degré de perfection que de nos jours elles ont atteint.

Au milieu de ces recherches, la pneumonie des vieillards est peut-être un peu négligée. A cette période de la vie, les réactions sont faibles et les maladies révèlent très facilement le caractère asthénique. La lésion a besoin d'être cherchée. Aussi, quelque temps après la découverte de Laennec, on méconnaît encore la pneumonie des vieillards qui est toujours rangée parmi les fièvres ataxo-adynamiques.

Cependant les investigations ne tardent pas à se faire dans cette direction. On étudie très bien la marche spéciale de la maladie, son étiologie, ses symptômes, son traitement, ses conséquences. C'est alors que paraissent *Les recherches cliniques sur la pneumonie des vieillards*, de MM. Hourmann et Dechambre (1).

Dans ce travail, les auteurs notent avec soin le résultat d'innombrables observations et passent en revue les divers symptômes physiques et fonctionnels que le médecin retrouve actuellement sans effort dans toute pneumonie. Les phénomènes du début que Grisolle, Louis, Chomel ont si

(1) Hourmann et Dechambre, in *Archives générales de médecine*, 3e série, 1836, t. X, p. 293.

bien présenté, sont un peu négligés, mais le facies, le point de côté, la dyspnée, la toux, l'expectoration, les phénomènes constatés à l'auscultation, ou survenant ensuite dans les appareils circulatoire, digestif et ses annexes, sont exposés et décrits avec beaucoup de soin et de vérité.

Çà et là dans les revues, on trouve d'intéressantes observations. On insiste sur le caractère adynamique de la maladie, le mauvais effet du traitement spoliateur, la nécessité d'exciter et de soutenir les forces.

On voit, en lisant ces auteurs, que l'on considère la pneumonie des vieillards comme une maladie spéciale ayant ses allures propres. Tous ces faits se trouvent notés dans le classique *Traité de la pneumonie* de Grisolle. Cet écrivain insiste sur tous ces caractères et contribue pour une large part à leur connaissance.

A peu près à la même époque (1851), paraît l'ouvrage de Durand-Fardel sur *les Maladies des vieillards*. Dans ce livre, une place toute spéciale est réservée à la pneumonie. Les formes diverses que l'on reconnaissait déjà pouvoir être revêtues par cette maladie, y sont notées et décrites avec exactitude. Enfin, l'auteur insiste surtout sur le traitement. Il faut agir énergiquement et vite et ne pas s'en laisser imposer par des allures quelquefois très insidieuses.

Plus tard et presque de nos jours, Charcot publie des leçons cliniques sur les maladies des vieillards. Il expose les caractères généraux de la pathologie sénile ; les immunités de la vieillesse et le cachet particulier qu'elle imprime à la plupart des maladies. Il étudie ensuite l'état fébrile chez les vieillards et affirme que les phénomènes de la fièvre observés aux époques les plus différentes de la vie sont toujours au fond les mêmes et obéissent à des lois identiques. Comme chez l'adulte, la réaction générale existe chez le vieillard.

Les divers travaux ont eu tout spécialement pour objet la pneumonie des vieillards, et l'on peut dire qu'ils ont créé en quelque sorte et fait connaître ce type morbide. A côté d'eux s'en trouvent d'autres plus généraux, mais tout aussi utiles et dont la forme de maladie qui nous occupe a bénéficié très largement.

Ce sont ceux qu'a suscités l'étude de la pneumonie en général.

Ici nous devons nécessairement être bref. Leur relation nous entraînerait trop loin et nous ferait sortir hors du cadre que nous nous sommes tracé. Nous n'en donnerons qu'une indication sommaire.

Et tout d'abord, il nous semble qu'il est bon d'établir une distinction dans l'ordre des recherches : les auteurs s'occupent soit de la clinique, soit de l'anatomo-pathologie.

Dans la voie de la clinique, en 1833, Burnet et de la Berge, indiquent dans le traitement deux périodes correspondant aux tendances primitivement sthénique et ensuite asthénique de la maladie ; en 1834, la thèse de Bazin; en 1838, la clinique de Volleix, et à l'étranger, les travaux de Seifert et Succow qui réflètent les idées médicales françaises sur la pneumonie,

En 1838, Rilliet et Barthez établissent une distinction entre la pneumonie primitive et la pneumonie secondaire.

Quelques années plus tard, de Beauvais (1850), Trousseau et Lasègue (1851), et de nos jours Charcot, d'Espine et Picot, Laveran, Peter en France ; Steffen, Steiner et Geherhard en Allemagne, ajoutent le fruit de leurs observations à de si nombreux et si importants travaux.

Telle est la mention rapide des auteurs qui se sont occupés surtout du côté clinique de la question.

En anatomo-pathologie, les travaux ont été aussi très nombreux. Mais pendant une longue période, les conclusions

émises sur la nature intime des lésions sont très souvent contradictoires. L'un renverse ce que l'autre a édifié. Aussi n'insisterons-nous pas, pensant que l'aride nomenclature de noms ou de livres est plus fastidieuse qu'instructive.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Dans cette partie de notre travail, nous indiquerons rapidement la nature des lésions histologiques dans la pneumonie en général, nous réservant d'insister davantage sur les caractères anatomo-pathologiques qu'elle présente chez le vieillard.

Dans cette description, nous ne suivrons pas la division classique de la pneumonie en engouement, hépatisation rouge, hépatisation grise, etc. Cette manière d'exposer, très utile en clinique, devient ici moins favorable, car elle nous exposerait à des redites sans nombre.

Chaque tissu entrant dans la composition du parenchyme pulmonaire, sera étudié successivement au point de vue des lésions qu'il présente; ce plan nous paraît de beaucoup préférable.

Nous nous sommes inspiré dans la rédaction de ce chapitre, des leçons du professeur Charcot, des indications précises mais succinctes des livres de pathologie interne, et enfin des notions que nous avons pu acquérir nous-même par les autopsies ou par les leçons de nos Maîtres.

Les divisions bronchiques ne participent que très peu à l'inflammation. On y constate simplement de la desquamation épithéliale et de l'hypersécrétion glandulaire. Mais leur état antérieur a beaucoup d'influence sur le développement de la pneumonie aiguë ou chronique des vieillards. A cet âge, une bronchite prépare un terrain très favorable à l'éclosion de l'inflammation pulmonaire.

C'est dans le lobule pulmonaire que siègent surtout et

spécialement les lésions. Toutes ses parties constituantes sont altérées.

L'épithélium prolifère et devient granuleux. On trouve, détachées ou non de la paroi, des cellules volumineuses avec deux ou trois gros noyaux. Friedlander les considère comme caractéristiques du processus inflammatoire. Elles sont très souvent emprisonnées dans les moules fibrineux. Au dernier stade, elles deviennent graisseuses ou s'infiltrent de pigment noir.

Le tissu connectif interstitiel peu altéré dans les premières périodes, se modifie beaucoup lorsque la pneumonie aboutit à l'hépatisation grise. Alors les cellules et les noyaux plasmotiques augmentent, prolifèrent, et mêlés aux leucoytes font du pus.

Les fibres élastiques gonflées par l'exsudat, perdent leurs propriétés. De là vient que le poumon conserve l'empreinte du doigt dans le premier stade, ne peut plus être insufflé dans le second, et se déchire dans le troisième en produisant un petit trou anfractueux, qu'un observateur, non prévenu, pourrait prendre pour la cavité d'un abcès.

Mais c'est le réseau capillaire qui est surtout altéré. Au premier degré, c'est sa congestion qui donne à la surface du poumon la couleur violacée, livide, son poids plus considérable; au liquide que laisse écouler la section, ses caractères rougeâtres et spumeux ; au tissu pulmonaire sa plus grande friabilité ; aux alvéoles, le volume de leurs cellules épithéliales.

Au second degré, c'est plus que la congestion des capillaires. La diapédèse des éléments figurés du sang s'est produite et se produit encore ; les alvéoles, les interstices sont remplis de l'exsudat fibrineux qu'a émis le sang ; cet exsudat s'est concrété et a donné ces moules d'*infundibula* que Da-

maschino (1) a mesurées avec tant de soin; les tissus ont encore augmenté en couleur, en homogénéité, en poids, les cellules épithéliales en volume.

Au troisième degré, on ne retrouve plus la prédominance de la congestion capillaire; ces vaisseaux ont donné, par le fait de l'inflammation, ce qu'ils devaient donner; le reliquat de ce qu'ils ont versé dans le parenchyme pulmonaire subsiste et lui donne certains caractères que nous avons déjà étudiés.

Les vaisseaux, artères ou veines bronchiques et pulmonaires, sont eux aussi, comme leurs ramifications, gorgés de sang; la fonction de cet organe et sa nutrition sont troublées en même temps.

Les lymphatiques, par leur voisinage avec les capillaires sanguins, recevront une activité nouvelle et la diapédèse des leucocytes s'opérera plus considérable. C'est d'après la théorie de Cohnheim que s'explique cette agglomération de globules blancs dans les alvéoles et le tissu interalvéolaire.

L'étude des nerfs qui accompagnent les vaisseaux est bien négligée dans les autopsies de pneumoniques. Que deviennent ces ganglions que Remak a décrits sur les filets terminaux? Comment sont-ils influencés par le processus morbide, par les lésions des éléments voisins?

Quelques mots sont nécessaires sur les variétés anatomiques de la pneumonie, que le professeur Schützenberger (2) a surtout mises en relief. On distingue la variété hémorrhagique ou hématoïde, la variété séreuse, la variété fibrineuse, la variété purulente d'emblée, la variété plane. Ces diverses variétés, on le comprend, ont été établies

(1) Damaschino, Des différentes formes de la pneumonie aiguë chez les enfants. Thèse de doctorat, Paris 1876.

(2) Schützenberger, Compte-rendu de la clinique de Strasbourg, *in Gazette médicale de Strasbourg*, 1856.

d'après la prédominance dans l'exsudat bronchique fourni par les capillaires et le tissu connectif, des hématies, des leucocytes, du coagulum fibrineux.

Il nous reste maintenant à étudier dans quel point du poumon se localise l'inflammation et quelles sont les lésions concomitantes de la pneumonie.

On admettait, vers 1836, époque où parut l'ouvrage de MM. Hourmann et Dechambre, sur les maladies des vieillards, que, dans les cas simples ou primitifs, la pneumonie du sommet doit être considérée comme plus fréquente que celle de la base. Les chiffres de ces auteurs ne parviennent pas à détruire les conclusions de Louis (1); et de nos jours, MM. Laveran et Teissier soutiennent un avis contraire : « Les lésions, disent-ils, siègent plus souvent dans les lobes inférieurs et dans le lobe moyen du côté droit que dans le lobe supérieur ; toutefois, chez les vieillards, les individus cachectiques et les alcooliques, la pneumonie occupe de préférence le sommet ; le bord tranchant est rarement envahi. » Les mêmes auteurs établissent le rapport des pneumonies droites aux pneumonies gauches, et des pneumonies simples aux pneumonies doubles, d'après Lebert et Grisolle.

La pneumonie des vieillards a ceci de particulier, que la densité du parenchyme pulmonaire est comparativement moindre que celle des poumons adultes hépatisés. Hourmann et Dechambre croyaient que ce fait était dû à la raréfaction que l'âge fait éprouver au tissu cellulaire ; mais Rat (2) a établi que c'était le résultat de la dissémination des noyaux hépatisés. La forme de la pneumonie des vieillards est remarquable en ce qu'elle est surtout lobaire, rarement lobulaire (3) ; que les ulcérations pulmonaires sont

(1) Louis, Recherches sur les effets de la saignée, 1835.
(2) Rat, Thèse de Paris, 1845.
(3) Durand-Fardel, Maladies des vieillards, 1854.

assez bien circonscrites et aboutissent à la suppuration, soit d'une façon diffuse, soit en commençant le plus souvent par des points isolés au centre de l'hépatisation grise. Enfin, un autre caractère, c'est qu'à côté de la friabilité du parenchyme pulmonaire que l'on retrouve chez le vieillard comme dans tous les autres âges de la vie, on constate un aspect terne, compacte, signalé par Grisolle, que Rilliet et Barthez croient négligeable, mais qui, pour Beau, n'est que l'expression de l'état plus avancé et plus rapide de l'inflammation.

Le poids de l'exsudat que l'on sait supérieur à 600 gr. environ, d'après les recherches de Lépine et Hamburger, n'a pas été l'objet d'indications spéciales chez le vieillard.

Les lésions concomitantes de la pneumonie portent d'ordinaire sur la plèvre, le cœur, les ganglions bronchiques, la rate, le sang : du moins, c'est là qu'on les a plus souvent cherchées. Toutefois le système nerveux rachidien et encéphalique, les organes digestifs, les organes excréteurs, tels que le rein et le foie ont présenté parfois des altérations notables qu'il n'y a pas lieu d'exposer ici.

La coexistence d'un certain degré de pleurésie, correspondant à l'étendue de la portion hépatisée, est la règle, dit R. Lépine. Cornil et Ranvier en donnent une description très détaillée dans leur Traité d'anatomie pathologique.

Le cœur droit est rempli de caillots, le ventricule gauche vide, le myocarde rarement altéré.

Les autres organes n'offrent généralement pas des lésions importantes.

CHAPITRE III.

COUP-D'ŒIL RAPIDE SUR LES CAUSES ET LES SYMPTOMES DE LA PNEUMONIE DES VIEILLARDS. — DE LA TEMPÉRATURE DANS CETTE MALADIE. — DIAGNOSTIC, PRONOSTIC ET TRAITEMENT.

§ I.

Avant d'aborder l'étude de la pneumonie des vieillards, il est utile de dire quelques mots de la physiologie pathologique sénile. Chez l'adulte, l'organisme réagit énergiquement contre les agents morbigènes. On voit se développer chez lui un ensemble de phénomènes qui témoignent de l'atteinte portée et qui sont très souvent proportionnels à la gravité du mal. Il y a là des signes qui appellent l'attention du médecin et l'aident beaucoup au diagnostic des maladies. Or, il n'en est plus ainsi du tout chez le vieillard. A cette époque de la vie, une fatigue physiologique générale semble être survenue; les réactions qui suscitent les maladies, sont légères, presque insignifiantes; aussi les symptômes des lésions doivent-ils être cherchés. C'est à cet âge qu'existent le plus de maladies latentes. Ainsi on voit un vieillard devenir triste, perdre l'appétit et s'aliter; on se préoccupe peu de cet état, il n'existe qu'une fièvre légère, la mort survient enfin et l'autopsie vous fait reconnaître une pneumonie arrivée à la période d'hépatisation. Ces tendances doivent modifier beaucoup l'appareil symptomatique. Aussi ne doit-on pas s'attendre à trouver chez ces sujets tous les signes que l'on

a l'habitude de rencontrer chez l'adulte dans les mêmes maladies. Chez le vieillard, les symptômes sont réduits au minimum.

Nous n'essayerons pas de pénétrer les causes intimes de cet état. Cela exigerait un travail trop long et de beaucoup au-dessus de nos forces. Il nous suffit d'en avoir mentionné les caractères, et d'avoir mis en garde le médecin contre une fausse sécurité. Nous allons maintenant aborder l'étude de la pneumonie des vieillards. Nous passerons rapidement sur certains points, nous réservant d'insister plus spécialement sur d'autres qui forment la partie intéressante de notre travail et motivent l'étude que nous venons d'entreprendre.

§ II.

Chez le vieillard, la pneumonie frappe à peu près également les deux sexes. C'est ce qui résulte des relevés de Grisolle. A l'Hôpital-Général de Montpellier, dans l'espace de trois années, sur 14 cas, 6 ont été observés chez des femmes, et les 8 autres chez des hommes.

C'est surtout la pneumonie lobaire que l'on observe à cet âge. Elle est ordinairement simple, mais elle peut être double aussi, et cette variété serait plus commune chez le vieillard que chez l'adulte. Hourmann et Dechambre, sur 61 cas de pneumonie, l'ont observée 24 fois.

Cette maladie sévit ordinairement de novembre à mai. A cette époque de l'année, le froid est intense; il existe des variations de température considérables, toutes conditions qui semblent favoriser l'apparition de la pneumonie. Cependant, s'il est d'observation que c'est en hiver qu'éclate l'inflammation du poumon, il n'en faut pas conclure qu'elle soit due uniquement et absolument à l'action du froid. Cette

dernière cause est incapable de faire naître une pneumonie. Que d'individus s'exposent au même refroidissement qui n'en éprouvent aucun inconvénient ? Comment alors expliquer cette immunité, si ce n'est, en admettant qu'en dehors et au-delà des causes extérieures, il y a un facteur étiologique inconnu mais réel ? Le froid pourra agir comme cause occasionnelle, et provoquer une pneumonie, mais il lui faudra un terrain préparé, apte à subir son influence. Il faut en un mot le concours de ce qu'on appelle la prédisposition.

Des travaux tout récents encore ont introduit un nouvel élément dans la question. On aurait trouvé un microbe apte à engendrer la pneumonie. Cultivé et injecté dans le poumon de lapins ou de cobayes, il y aurait fait naître une inflammation très caractéristique : c'est à Friedlander que revient l'honneur de cette découverte. Ces travaux sont trop récents et trop restreints pour que nous puissions porter une appréciation quelconque. Nous nous contenterons d'applaudir à ces travailleurs qui s'engagent dans une voie si véritablement scientifique.

Chez le vieillard, la pneumonie peut naître sous l'influence des mêmes causes qui l'engendrent chez l'adulte. Le froid, le traumatisme (1), certaines diathèses, peuvent en provoquer l'apparition. Il n'y a rien là de spécial.

C'est surtout dans la symptomatologie que la pneumonie des vieillards revêt un caractère très net d'individualité.

L'invasion est ordinairement brusque. Il y a quelquefois un frisson intense, mais le plus souvent on n'en trouve pas. Aucun de nos malades n'en a présenté. Le point de côté n'est pas plus fréquent. Il manque très souvent.

Les signes stéthoscopiques sont à peu de choses près les

(1) Notre observation IV est un exemple très frappant de ce mode étiologique.

mêmes que chez l'adulte, sauf les râles qui sont des sous-crépitants fins. Toutefois ce n'est pas la règle générale, car le malade qui fait l'objet de notre observation IV a présenté, durant tout le cours de sa maladie, des bouffées de crépitants.

Les crachats rouillés sont très rares. Aucun de nos malades n'a présenté ce symptôme, qui n'a existé non plus chez personne des 14 malades de l'Hôpital-Général dont nous avons très soigneusement parcouru les observations.

Ces faits caractérisent déjà la pneumonie des vieillards qui est surtout spécialisée par l'état général du sujet. Ce qui domine, en effet, dans cette maladie c'est l'adynamie profonde. C'est ainsi que se traduit chez lui le défaut de réaction que nous avons indiqué et sur lequel nous avons insisté précédemment.

Du côté du système cérébro-spinal, nous trouvons la stupeur, l'affaissement intellectuel. Cet état a été très marqué chez tous les malades dont nous rapportons l'histoire dans nos observations. Il y avait de la sommnolence ; on était obligé d'exciter les patients pour obtenir d'eux des réponses claires et intelligibles, et une fois la stimulation cessée, ils retombaient dans un état de torpeur invincible.

D'autres fois on rencontre un délire assez agité et bruyant, surtout au début de la maladie. Cela pourrait faire croire à première vue à l'exagération de l'état des forces, et induire en erreur sur les indications à poser et à remplir.

On ferait fausse route en instituant un traitement contro-stimulant ou spoliateur. Et la preuve c'est que cette agitation tombe par l'administration de potions alcooliques ou de stimulants diffusibles, ce qui montre bien que derrière ces phénomènes bruyants, il y a de l'adynamie réelle. Le système nerveux déprimé, montre à sa façon l'état de détresse dans lequel il se trouve. On a affaire à la faiblesse irritable des auteurs anglais.

Ce délire qui peut revêtir les formes les plus diverses, fausse très souvent le diagnostic. Et nous avons vu tout récemment M. le Professeur Dupré, lorsqu'il prit le service, redresser une pareille erreur.

Ces formes cérébrales de la pneumonie des vieillards ont été étudiées avec beaucoup d'exactitude il y a trois ou quatre ans, dans une thèse qui a été soutenue à Montpellier, et faite sous les auspices de M. Grasset.

La fièvre, elle aussi, peut participer à cet état de dépression générale. Et à ce sujet on nous permettra de nous étendre un peu et de donner quelques détails. La fièvre chez le vieillard atteint quelquefois des degrés thermiques aussi élevés que chez l'adulte, mais très souvent elle est inférieure au chiffre qu'elle présente ordinairement chez ce dernier.

Ceci a été constaté par M. Charcot. Voici ce qu'il dit expressément dans le chapitre *thermométrie axillaire et rectale*, de la deuxième édition de ses *leçons cliniques sur les maladies des vieillards*. « Mais ce que j'avais surtout à cœur de vous prouver, c'est que les phénomènes de la fièvre observés aux époques les plus différentes de la vie sont toujours au fond les mêmes, et obéissent à des lois identiques ; comme chez l'adulte, la réaction générale existe chez le vieillard ; mais elle est lente, et c'est dans les régions centrales de l'économie qu'il faut savoir en chercher la manifestation.» Et cette affirmation est appuyée par des courbes où l'on voit, en effet, la température s'élever à 40° et même 41°, et se maintenir à ce chiffre pendant toute la durée de la maladie. Nous ne nous élevons donc pas contre le fait en lui-même ; nous protestons simplement contre sa généralisation. En affirmant que la température même centrale s'élève toujours autant chez le vieillard que chez l'adulte, il nous semble que le professeur de la Salpêtrière exagère un peu. Il résulte, en effet, des courbes représentant les températures

rectales, prises à l'Hôpital-Général, dans le service de M. le Professeur-Agrégé Hamelin, et sous ses yeux, que dans la pneumonie des vieillards l'état thermique est loin d'atteindre toujours le degré élevé qu'on observe chez l'adulte.

En jetant simplement les yeux sur les tracés que nous annexons à notre travail, on pourra facilement se convaincre de la réalité du fait que nous soutenons. La figure 1 est surtout démonstrative. La température qui oscille pendant les premiers jours autour de 37° monte légèrement les jours suivants, sans atteindre jamais 39° et redescend ensuite d'une manière très rapide vers le chiffre du début, qu'elle conserve jusqu'à la guérison. Quoiqu'il n'y ait pas eu d'autopsie, on ne peut nier que ce ne fût à une vraie pneumonie que l'on avait affaire. L'histoire de ce malade que nous rapportons dans notre observation II, ne permet aucun doute à cet égard.

La figure II est tout aussi concluante. Chez ce sujet qui fait l'objet de l'observtion I, il y eut deux pneumonies. Les deux poumons furent successivement frappés et à quelques jours d'intervalle. Dans ce cas, l'autopsie confirma pleinement les diagnostics portés. Lors de la première atteinte, la température ne s'est guère élevée au-dessus de 38°, et lors de la deuxième, elle a conservé le même chiffre, pendant les premiers jours de la maladie, n'augmentant qu'aux approches de la mort, sans toutefois jamais atteindre 40 degrés.

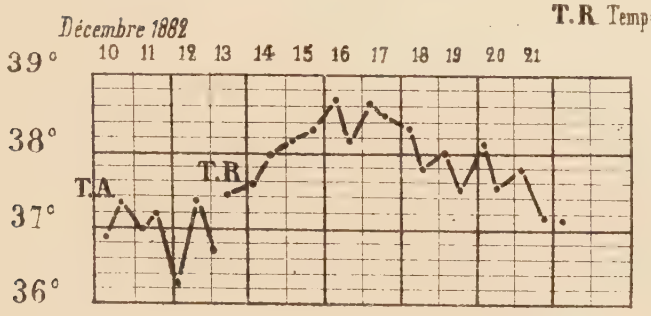
Ces faits nous semblent positifs. Il résulte bien de leur examen, qu'il arrive quelquefois, nous dirions presque volontiers souvent, que dans la pneumonie des vieillards, l'état fébrile, alors même qu'il est recherché dans les parties centrales, ne s'élève pas toujours très haut, et qu'il ne fait pas quelquefois exception, à la dépression générale, dont il n'est d'ailleurs qu'un reflet.

Nous n'avons pas eu la prétention de donner dans ce

Courbes de Température rectale
dans la pneumonie des vieillards

FIG. 1.

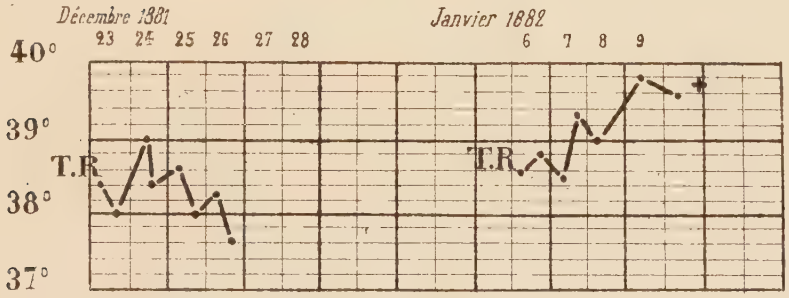
T.A Température axillaire
T.R Température rectale



Pneumonie lobaire droite
homme de 72 ans.

Pneumonie lobaire double chez un homme de 70 ans

FIG. 2.



T.R Température rectale
+ Mort

chapitre la symptomatologie, complète et détaillée, de la pneumonie des vieillards. Elle est exposée tout au long dans les divers traités. Aussi n'insistons-nous pas. Nous avons simplement eu à cœur d'insister sur quelques points particuliers et de mettre surtout en relief le caractère adynamique de cette maladie.

§ III.

En général, le diagnostic des maladies chez le vieillard est assez difficile et exige une grande expérience de la part du praticien. A cette époque de la vie, nous l'avons déjà dit ailleurs, il y a défaut de réaction. Les symptômes, ces cris des organes malades, sont diminués, atténués ou défigurés et n'éveillent plus l'attention du médecin. De la sorte des maladies très sérieuses peuvent passer inaperçues.

Quand on a affaire à un vieillard, on doit l'examiner scrupuleusement, et explorer tous les organes avec un soin minutieux. Nous avons déjà rappelé l'erreur de diagnostic qui avait été commise chez un malade atteint de pneumonie. Il suffit que le médecin soit prévenu de la possibilité d'une méprise. Là gît la difficulté du diagnostic.

Toutefois prévenus de ce fait et la lésion trouvée, le diagnostic se fait par les moyens que l'on emploie ordinairement en pareil cas. Les signes stéthoscopiques de la pneumonie des vieillards sont très souvent les mêmes que ceux observés chez l'adulte. Il y a de la matité, du souffle. Il peut y avoir des râles crépitants, mais ceux-ci peuvent manquer, ce sont alors des sous-crépitants. L'expectoration sanglante manque souvent et il faut être bien avertis de ce fait, car il contribue pour une large part à rendre la pneumonie latente aux yeux du médecin.

Le pronostic de cette maladie comporte une gravité toute spéciale. Beaucoup de sujets y succombent. Dans nos 4 cas il y a 3 morts. Ceux même chez lesquels les signes stéthoscopiques ont complètement disparu et qui devraient ce semble recouvrer complètement leurs forces, n'entrent souvent pas franchement en convalescence. On les voit perdre l'appétit et mourir. Ces faits ne sont pas rares. La dépression apportée par la maladie a été trop profonde. Les malades ne peuvent plus se relever.

§ IV.

Quand on veut traiter une maladie, on doit soigneusement rechercher les indications et les hiérarchiser. On en trouve alors toujours une qui domine et commande toutes les autres, C'est celle-là qu'il faut surtout et immédiatement remplir. Les autres viennent ensuite. Or, dans la pneumonie des vieillards, il existe un état d'adynamie profonde, que nous nous sommes efforcé de mettre en relief dans le cours de ce travail. Il faut surtout exciter le malade et soutenir ses forces. On réalisera cette indication par les potions alcooliques et les stimulants diffusibles. On devra nourrir le malade et lui donner du vin. Par le fait, nous contre-indiquerons tout traitement spoliateur.

Dès qu'on s'est occupé ainsi de l'état général, on doit traiter l'état local. Ici c'est aux médications dérivative et révulsive qu'on empruntera les moyens d'action. Dès qu'on aura, constaté des signes de pneumonie, on devra, sans retard, prescrire un vésicatoire sur le point malade. On ne doit pas attendre comme chez l'adulte que la fièvre soit tombée ; on ne doit pas craindre d'augmenter l'inflammation. Ici, il faut stimuler cet organisme torpide, l'aider à résorber les

produits d'exsudation. Le plutôt qu'on pourra l'appliquer sera donc le mieux.

Si l'on soupçonnait une fluxion vers la tête, on pourrait user des divers moyens employés dans ces cas-là. Mais il faut se méfier. Comme nous l'avons exposé plus haut, le délire qui, quelquefois est intense, tient surtout à l'anémie du sujet et indique les potions alcooliques.

Pour aider à l'expectoration qui, quelquefois, est très difficile, on pourra donner l'infusion d'ipéca ou le kermès. Voilà la règle de conduite que devra tenir le médecin. Nous tenions simplement à insister sur la nécessité d'instituer surtout un traitement excitant.

Observation I.

Première pneumonie à gauche. — Engouement. — Guérison. — Deuxième pneumonie à droite. — Hépatisation grise. — Mort. — Autopsie.

(Personnelle).

Combes Etienne, cordonnier, né en 1813, est entré le 29 octobre 1881 à l'Hôpital-Général.

Son admission à l'hospice avait été nécessitée par l'impossibilité où il se trouvait de pouvoir subvenir à son entretien. Cet homme avait toujours joui d'une bonne santé. Il continuait même à exercer à l'Hôpital-Général son métier de cordonnier.

Le 23 décembre 1881, à la visite du matin, on le trouve couché au n° 42 de la salle St-Charles. Pas de frisson, ni de point de côté ; mais il se trouvait tout particulièrement faible et offrait un état de prostration très marquée. Intelligence obtuse, les yeux sont chassieux, les traits tirés. Aucun signe paralytique ; parfois pourtant soulèvement des parois buccales par la respiration.

On examine la poitrine. A la palpation rien de particulier.

La percusion fait reconnaître de la submatité au niveau du tiers moyen gauche en arrière. A l'auscultation, on constate l'obscurité du murmure vésiculaire, du même côté, dans toute la partie postérieure. La respiration est calme, pas d'accélération. Le soir, la température axillaire était de 38°,4.

24 décembre.— Dépression intellectuelle toujours marquée. La nuit a cependant été assez calme, yeux fortement chassieux, excavés ; traits tirés, facies terreux. Dans l'expi-

ration, les joues se soulèvent comme des voiles inertes, particulièrement à droite. D'ailleurs pas de paralysie.

24 respirations, 92 pulsations régulières. Toux presque nulle, pas d'expectoration ; sibilances disséminées des deux côtés. Toujours même obscurité à gauche, plus marquée vers la partie moyenne, avec chevrotement léger au même niveau, sans souffle proprement dit, sans exagération bien appréciable des vibrations vocales. $\left\{\begin{array}{l} \text{M. } 38^{\circ} \\ \text{S } 39^{\circ} \end{array}\right.$

25.— Même état général. Respiration légèrement soufflante au tiers moyen en arrière à gauche avec voix de polichinelle. La respiration est toujours assez fréquente et non dyspnéique.

26.— État général meilleur ; le malade est plus éveillé. On compte 28 respirations et 88 pulsations régulières. Râles sous-crépitants disséminés dans la moitié inférieure gauche ; plus de submatité.

27.— Le malade se trouve beaucoup mieux. Encore 100 pulsations régulières, mais la respiration est normale. On entend toujours quelques râles sous-crépitants disséminés à la base gauche.

A partir de ce moment, on peut considérer le malade comme guéri. L'appétit redevient normal ; mais le malade gâte toujours ; il est faible et reste presque constamment au lit. Le traitement avait consisté en toniques, potion alcoolique, vin, etc.

Entre cette première atteinte et la seconde s'écoule une douzaine de jours. C'est le 6 janvier 1882 que Combes retombe malade.

6 janvier 1882.— Il n'a pas mangé de tout hier ; il a éprouvé un malaise général indéfinissable. Ce matin, le facies est jaunâtre, pâle ; les yeux sont très chassieux, dyspnée assez marquée. On compte 44 respirations. Le pouls bat 108

pulsations irrégulières. L'examen de la poitrine donne les résultats suivants : à droite et en arrière matité dans la moitié inférieure. A ce niveau l'on entend quelques sous-crépitants fins, dans les inspirations fortes, et particulièrement dans celles qui précèdent la toux. Respiration un peu soufflante, sans exagération des vibrations vocales. La langue est sèche, recouverte d'un enduit noirâtre ; les narines sont pulvérulentes. Le malade n'a eu ni frisson ni point de côté.

On prescrit :

1° Un large vésicatoire en arrière, à droite et à la base.

2° Une potion avec :

Alcoolat de mélisse	20	gr.
Teinture de cannelle	10	—
Teinture de noix vomique	10	gouttes.
Extrait de quinquina	2	gr.
Eau de tilleul	90	—
Sirop de fleurs d'oranger	30	—

Vin vieux, potages, bouillons.

T. R. { M. 38°5 / S. 38°7

7 janvier. — La peau est moins chaude qu'hier, cependant la température rectale est sensiblement la même. Prostration assez marquée, intelligence très nette. On compte 112 pulsations régulières, faibles, et 36 respirations. Mêmes signes à la percussion et à la palpation. A l'auscultation, on entend des râles sous-crépitants moins fins que la veille dans la moitié inférieure droite. Ils ont un timbre plus sec que les râles de bronchite, et existent surtout vers la région axillaire. Ils s'entendent surtout dans les profondes inspirations. A gauche et en avant, obscurité relative du murmure

vésiculaire. Pas d'expectoration; le malade avale ses crachats. Soif. Appétit nul. Constipation.

T. R.: M. 38°4.

8. — Même état.

9. — Affaissement physique et moral de plus en plus notable. En arrière à droite matité sur les deux tiers inférieurs. Souffle bronchique très net à ce niveau. Bouffées de râles sous-crépitants fins. Dyspnée intense. Nombreuses intermittences et irrégularités dans le pouls. 44 respirations, 132 pulsations faibles.

Le malade meurt à 11 heures du matin après une courte agonie.

Autopsie.

Thorax. — Du côté droit, adhérences néo-membraneuses anciennes, surtout marquées vers la face convexe au niveau de la face axillaire.

Poumon droit. — Le lobe supérieur présente un emphysème très accentué sur le bord antérieur; dans l'épaisseur du parenchyme on ne trouve que de la congestion. Le lobe inférieur ne s'affaisse pas, il est volumineux, se déchire très facilement sous la pression du doigt et ne crépite pas. Les fragments de ce lobe tombent au fond de l'eau. La coupe présente un aspect grisâtre; de sa surface s'écoule à la pression un liquide purulent. Le lobe moyen n'est hépatisé que dans une mince languette de 2 ou 3 centim. de longueur. Poids 900 gr.

Poumon gauche. — Dans le lobe inférieur au niveau de la partie la plus postéro-inférieure, on trouve un noyau d'hépa-

tisation du volume d'une petite mandarine, qui ne crépite pas, tombe au fond de l'eau et présente l'aspect de l'hépatisation rouge. Le reste du poumon est très fortement congestionné. Poids 485 gr.

Rate saine. Elle pèse 140 gr.

Cœur. — Très légère hypertrophie du ventricule gauche. Les valvules sygmoïdes, pulmonaires et aortiques sont saines et fonctionnent bien. Sur le bord supérieur de l'opercule mitral gauche, on trouve une large plaque d'athérome. Sur l'aorte on constate un degré très léger d'artérite chronique.

Les reins, le foie et l'encéphale ne présentent rien de particulier à noter.

Observation II.

Congestion pulmonaire. — Pneumonie droite. — Guérison.

Odier Jacques est depuis quelque temps déjà pensionnaire à l'Hôpital-Général. Il est âgé de 72 ans et exerçait, avant son entrée à l'hospice, la profession de maçon.

Il y a de l'emphysème et de la bronchite chronique et aurait eu, il y a longtemps déjà, les fièvres intermittentes. Rien à noter du côté des antécédents héréditaires.

Le 3 décembre 1882, il se présente à la visite du matin, il se plaint d'une dyspnée habituelle surtout marquée pendant la nuit. L'examen thoracique révèle tous les signes du catarrhe bronchique. Pas de déformation, résonnance normale ; mais l'auscultation fait entendre, disséminés dans les deux poumons, des râles sonores à timbre très variable.

L'expectoration est peu abondante. On prescrit une potion à l'ipéca et un julep calmant pour le soir.

Les jours suivants, l'état du malade semble s'améliorer jusqu'au 7.

Ce jour-là, la dyspnée est plus marquée. Le patient met en jeu toutes ses forces inspiratrices; les ailes du nez se soulèvent convulsivement. L'examen de la poitrine révèle de notables changements dans l'état du poumon Les troubles sont surtout accentués à droite. On constate de la submatité, une légère augmentation des vibrations thoraciques et à l'auscultation des râles sous-crépitants fins nombrenx surtout à la base. Le malade est prostré : les traits sont tirés, le visage est blafard Abattement physique et moral considérable. Léger subdélire la nuit. Température normale. On prescrit une potion alcoolique.

Le 8, l'état général est le même que la veille ; mais la dyspnée s'est fortement accrue. A droite, en arrière, et à la base, la matité est franche ; on perçoit même un léger souffle à ce niveau. Râles sous-crépitants assez nombreux. Peu ou pas d'expectoration. On prescrit une infusion d'ipéca à prendre d'heure en heure par cuillerées.

Le 9 et le 10, la maladie va s'aggravant. Notre homme délire ; se lève en chemise pendant le jour et demande ses outils pour aller travailler.

Le 11 au matin, à la visite, le malade est somnolent, il se réveille cependant facilement. La dyspnée est toujours très intense. Il y a 48 respirations. Dans le poumon droit, la matité est la même, mais le souffle a augmenté et se perçoit maintenant très facilement. Le pouls est fréquent; on compte 104 pulsations faibles et quelquefois irrégulières. Température normale, 36°2 le matin, 37°4 le soir.

On prescrit un large vésicatoire à droite et à la base. On donne du rhum, acétate d'ammoniaque, vin, etc.

Le 12, l'état est toujours grave. Somnolence, traits altérés, narines pulvérulentes, langue rôtie, lèvres violacées, tendance au Cheynes-Stokes. Mêmes signes stéthoscopiques. Température axillaire, 36°8. Température rectale, 37°5. On note, à ce moment, 44 respirations, 120 pulsations. On continue toujours la médication stimulante ; on prescrit, en outre, des sinapismes sur les mollets et les pieds.

Les 13, 14 et 15 courant, l'état reste sensiblement le même.

Le 16, le malade est plus éveillé, la dyspnée est beaucoup moins intense ; il a reposé une partie de la nuit. La matité a beaucoup diminué et le souffle tend à disparaître. L'appétit renaît ; le mieux est sensible. La température rectale est de 37°5, le moteur est de 37°4 le soir. On ne compte plus que 35 respirations. Le pouls est à 100.

Le 17 et jours suivants l'amélioration ne fait que s'accentuer. La défervescence de la température se fait régulièrement, les forces reviennent, les signes stéthoscopiques disparaissent complètement et enfin, le 20, le malade était convalescent.

Observation III.

(Personnelle).

Pneumonie droite. — Mort.

Clémentine X.... occupe le N° 19 de la salle Sainte-Marie.

Elle est âgée de 70 ans et est pensionnaire de l'Hôpital Général depuis six mois. Elle a été mariée et a des enfants qui se portent bien. Elle aurait eu dans sa jeunesse une

fièvre typhoïde. Rien de particulier à noter chez les ascendants.

Le 19 juin 1884, à la visite du matin, on la trouve couchée. Elle aurait eu des frissonnements dans la nuit et se plaint maintenant de malaise général et de dyspnée assez intense. L'exploration thoracique ne révèle qu'un peu de submatité, et un certain degré de rudeur du bruit respiratoire à droite, à la base et en arrière; d'ailleurs pas de point de côté. L'appétit est perdu. On prescrit des boissons chaudes et excitantes et du bouillon pour aliment.

Le 20, l'état général s'est aggravé, il y a eu du subdélire pendant la nuit. Ce matin la malade est très affaissée. Elle ne répond que lentement et très difficilement à nos questions. Les traits du visage sont éteints, les yeux chassieux, les narines pulvérulentes. La dyspnée est beaucoup plus marquée. On compte 40 respirations. La matité à droite est devenue complète. Il existe maintenant un souffle très net à la base, et des bouffées de râles crépitants. Les crachats ne sont pas rouillés. Le pouls est petit, irrégulier, inégal, a 120 pulsations. La température axillaire est ce matin de 37°8. Hier au soir elle avait atteint 38°. On recommande de prendre désormais la température rectale.

On prescrit : 1° un large vésicatoire à droite, en arrière et à la base ; 2° une potion avec :

Teinture de cannelle.....	10 gr.
Extrait de quinquina.....	2 —
Acétate d'ammoniaque.....	9 —
Eau.....	90 —
Sirop de fleurs d'oranger.....	30 —

Bouillons et vins vieux toutes les 3 heures. Jus de viande.

Le 21, l'état général est toujours le même, peut-être la torpeur s'est-elle accentuée. Même indifférence à nos ques-

tions que la veille. L'auscultation révèle toujours du souffle et des râles crépitants ; dans le poumon droit, la respiration est supplémentaire. L'expectoration n'est pas sanglante. On compte 40 respirations et 110 pulsations toujours irrégulières.

T. R. { 38°5 le soir. / 38° le matin.

On continue le même traitement.

Le 22, on constate une aggravation considérable dans la situation de la malade. La dyspnée est intense ; les narines sont pulvérulentes. Les lèvres se cyanosent et l'on perçoit déjà un râle trachéal. L'auscultation ne révèle aucune amélioration dans les signes stéthoscopiques. Dans le poumon gauche, on constate maintenant des signes de congestion dans toute son étendue. La malade n'expectore plus.

48 respirations et 130 pulsations petites et irrégulières.

La température rectale est de 39° le soir, 38°7 le matin.

On continue la potion stimulante, on prescrit en outre un vésicatoire ammoniacal sur la partie antérieure de la poitrine.

Malgré cette médication énergique, la dyspnée va augmentant, la cyanose se développe, le râle trachéal s'accentue de plus en plus et la mort survient dans la soirée au milieu des symptômes d'asphyxie. Au moment de la mort, la température rectale était de 39°5.

Autopsie.

Encéphale. — Œdème cérébral surtout accentué au niveau de la scissure inter-hémisphérique. Artères athéromateuses.

Cavité thoracique. — Dans la plèvre gauche, vieilles adhérences au sommet ; épanchement peu abondant. Le poumon

de ce côté ne présente que de la congestion. La coupe est foncée, livide. Il s'écoule, par la pression, une grande quantité de liquide sanguinolent et spumeux.

Du côté droit, la plèvre ne présente rien de particulier. Le poumon est volumineux; il ne s'affaisse pas à l'ouverture de la cavité thoracique. Tout le lobe inférieur et une partie du moyen sont transformés en un bloc compacte, dur, pesant, se déchirant sous la pression du doigt et ne crépitant pas. La coupe en est lisse et plane ; il s'en écoule, par la pression, un liquide grisâtre, manifestement purulent. Des fragments de ce poumon, projetés dans un liquide, plongent. Dans le lobe supérieur, on ne trouve que de la congestion.

Cœur. — Son volume est normal. Plaques athéromateuses sur l'aorte, les valvules sygmoïdes et mitrales. Point d'insuffisance cependant

Reins, rate et foie normaux.

Observation IV.

(Personnelle.)

Pneumonie droite. — Mort. — Autopsie.

Batifort, portefaix, domicilié à Montpellier, entre à la clinique médicale, service de M. le professeur Dupré, le 9 décembre 1884.

Il est âgé de 65 ans.

Il avoue s'être adonné aux boissons alcooliques. Point de maladies antérieures, si ce n'est une bronchite chronique durant déjà depuis plusieurs années. On n'a pu avoir des

renseignements bien précis sur ces antécédents héréditaires.

Voici les renseignements qu'il nous donne sur son état actuel. Il y a une quinzaine de jours, en charriant du bois, il fit une chute et se contusionna assez fortement le côté droit dans la région axillaire. Le traumatisme parut d'abord peu grave; quelques jours après, il n'en restait plus trace, lorsqu'il survint spontanément au niveau du point contus, une douleur assez vive qu'exagéraient les mouvements respiratoires. A ce moment, il se décide à entrer à l'hôpital.

Le 10 au matin, on l'examine pour la première fois. Le malade est agité. Les pommettes sont colorées, les yeux brillants. Une expression anxieuse est répandue sur toute la physionomie. On constate la douleur du côté et un état dyspnéique assez intense. Les recherches cliniques font constater, à droite, en arrière et au sommet de la poitrine, l'augmentation des vibrations, de la matité dans la fosse sous-épineuse jusque vers le lien inférieur du thorax, un souffle intense et dans le même point des bouffées de râles crépitants. Ils éclatent avec une force extraordinaire. Résonnance vocale accentuée. Respiration supplémentaire du côté opposé. Il y a de la toux et de l'expectoratien simplement muqueuse. L'appétit est diminué, il y a de la constipation. La température axillaire est de 39°3 le matin et de 39°4 le soir. On prescrit une potion alcoolique, du jus de viande, des bouillons et du vin.

Le 11, l'état est sensiblement le même que la veille. L'agitation est un peu tombée et est remplacée maintenant par un affaissement général. Dyspnée toujours intense, coloration du visage et expectoration muqueuse. Mêmes signes stéthoscopiques, souffle et râles crépitants, 40°5 le soir, 38°7 le matin. On continue le même traitement. On prescrit, en outre, un vésicatoire.

Le 13, l'état général s'aggrave. La prostration est intense. Le malade ne répond qu'imparfaitement à nos questions. Les traits sont tirés, les narines pulvérulentes, la langue sèche et rôtie. Il y a 40 respirations et 105 pulsations assez amples mais présentant cependant quelques irrégularités. Il y a toujours du souffle et toujours des râles crépitants. L'expectoration a toujours aussi le même caractère.

La température n'est pas aussi élevée que précédemment, elle tend même à diminuer, 39°4 le soir et 38°5 le matin.

On continue la même potion alcoolique en augmentant la dose de rhum. Jus de viande, bouillon et vin.

Les 14 et 15, l'état dyspnéique augmente. Il y a 45 respirations ; le malade fait effort pour introduire l'air dans la poitrine. Ses narines se dilatent, les pupilles augmentent et cependant une teinte cyanique manifeste se répand sur tout son corps et devient surtout visible aux lèvres et à l'extrémité des doigts. Le pouls est accéléré, petit, filiforme, irrégulier et intermittent. Toujours du souffle et des râles crépitants.

Il n'y a jamais eu de crachats rouillés. La température est de 39° le soir, 37°8 le matin. Même traitement.

Le 16, l'asphyxie s'accentue, la cyanose augmente, le râle trachéal apparaît et la mort survient dans la matinée.

Autopsie.

A l'ouverture du thorax, le poumon droit ne s'affaisse pas ; il est volumineux, pesant, compacte et de couleur livide. Il est très friable ; le doigt, enfoncé dans son parenchyme, y détermine une cavité anfractueuse et persistante. Les fragments de ce lobe tombent au fond de l'eau. La coupe

présente un aspect grisâtre, de sa surface s'écoule, à la pression, un liquide purulent. Il n'y avait pas d'adhérences pleurales,

Le poumon gauche est sain et légèrement emphysémateux. Du côté du cœur, on trouve de l'athérome sur l'aorte et les valvules sygmoïdes; celles-ci sont cependant suffisantes.

Rien à noter du côté du foie, des reins et de la rate qui paraissent normaux.

CONCLUSIONS.

1° La pneumonie, chez le vieillard, a un caractère le plus souvent adynamique. C'est lui qui fait surtout indication.

2° La fièvre est loin de présenter toujours un chiffre aussi élevé que chez l'adulte. Dans deux cas, nous avons, très soigneusement, pris la température rectale et nous l'avons trouvée, en moyenne, égale à 38°. L'opinion de M. Charcot est donc exagérée.

3° Le traitement doit être surtout excitant, on doit user de potions alcooliques et d'un régime fortifiant. Les vésicatoires doivent être prescrits au début.

Telles sont les conclusions que nous tirons de notre travail.

FIN.

Vu bon à imprimer :
Le Doyen,
J. BENOIT.

Permis d'imprimer :
P. le Recteur de l'Académie,
Le Doyen délégué,
VIGIÉ.

Vu :
Le Président censeur,
DUPRÉ.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !